

Soins de Suite et de Réadaptation avec Balnéothérapie

Médecine Générale

- Docteur Guy FEUZ
Président de la CME
- Docteur Suleyman KURT
Médecin coordonnateur
- Docteur Julien ANDOUARD
- Docteur Christophe POET
- Docteur Jean-Luc AUTRIC

Cardiologie

- Docteur Jean-Jacques LION

Pneumologie –Allergologie

- Docteur Philippe MARTINEZ

Médecin DIM

- Docteur Pierre PELEPOL

Cadre de Santé

- Mme Alexandra RIVIERE

Masseurs Kinésithérapeutes D.E.

- Mme Anne-Laure BROCARD
- M. Rémy CARILLET
- Mme Anne GILLI

Enseignant en activités physiques adaptées et santé

- M. Jérôme DIGEON
- M. Rémi LUCCHINI

Ergothérapeute

- Mme Emmanuelle MAZENC

Assistante Sociale

- Mme Christine FASSETTA

Diététicienne

- Mme Vanessa CASOTTO

Psychologue clinicienne

- Mme Laurence HENIN

DEMANDE D'ADMISSION

Etablie par : Dr/Ets

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom et prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Numéro sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale :

Adresse :

☎ :

Situation familiale :

Personne à prévenir :

Lien de parenté :

☎ :

Chambre particulière souhaitée : Oui / Non

**JOINDRE : COPIE DE LA CARTE MUTUELLE ET
LES TRAITEMENTS EN COURS (ordonnances)**

Pathologie en cours motivant l'hospitalisation en SSR

Syndrome infectieux en cours : NON OUI :

Allergies

Antécédents

Créatinine :

Poids actuel :

Taille :

Soins de Suite et de Réadaptation avec Balnéothérapie

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous afin de pouvoir placer le patient dans la chambre la plus adaptée à son état de santé.

Toilette :	Sans aide ☐	Aide partielle ☐	Aide totale ☐
Habillage :	Sans aide ☐	Aide partielle ☐	Aide totale ☐
Déplacements :	Déambulateur / rollator ☐	Fauteuil roulant ☐	Canne ☐
Transferts :	Aide humaine ☐	Verticalisateur ☐	Lève malade ☐
Alimentation :	Sans aide ☐	Aide partielle ☐	Aide totale ☐
Troubles de la déglutition :	Oui ☐	Non ☐	
Régime alimentaire :			
Incontinence urinaire	<u>Jour</u> : Oui ☐ Non ☐	<u>Nuit</u> : Oui ☐ Non ☐	
Incontinence fécale	<u>Jour</u> : Oui ☐ Non ☐	<u>Nuit</u> : Oui ☐ Non ☐	
Sonde vésicale :	Oui ☐ Non ☐	Stomie : Oui ☐ Non ☐	
Comportement :			
Adapté ☐	Agité ☐	Anxiété ☐	Déambulation ☐ Dépression ☐
Autres troubles du comportement :			
Orientation :	Normale ☐ Désorienté ☐	Confus ☐	Risque de fugue ☐
Communication orale :	Normale ☐ Impossible ☐	LSF ou sur lèvres ☐	Par images ☐
Communication écrite :	Normale ☐ Impossible ☐	Braille ☐	Par images ☐
Handicap moteur :	Paraplégie ☐ Hémiplegie ☐	Tétraplégie ☐	
Amputations :	Oui ☐ Non ☐	Appareillage :	
Handicap visuel :	Oui ☐ Non ☐	Appareillage :	
Handicap auditif :	Oui ☐ Non ☐	Appareillage :	
Escarres :	Oui ☐ Non ☐	Localisation :	
Plaies :	Oui ☐ Non ☐	Localisation :	
Aides en place :			
Devenir à l'issue du séjour :			

Je soussigné(e), Dr
certifie que M

n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.

L'accueil dans votre établissement serait souhaitable pour le __ / __ / ____

Date :

Signature et Cachet :

☎ :